BOLETIN MENSUAL

M E X I C O

SIDA

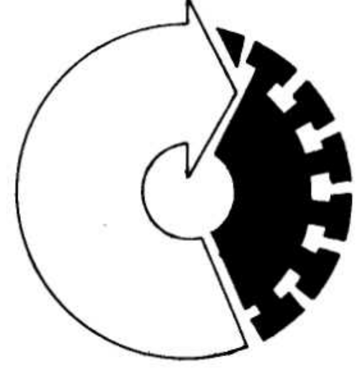


SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

SECTOR SALUD



número 8 **agosto de 1988**



PRIMER SIMPOSIO INTERNACIONAL DE **EDUCACION** Y **COMUNICACION** SOBRE EL **SIDA**



IXTAPA-MEXICO
16-20 DE OCTUBRE DE 1988

CONTENIDO

EDITADO POR LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. SSA

1. SITUACION DEL SIDA EN MEXICO. DATOS ACTUALIZADOS HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1988.

Se han reportado a la OMS 108 176 casos de SIDA a nivel mundial, 78 908 en América, 13 214 en Europa, 14 786 en Africa, 1 004 en Oceanía y 264 en Asia (hasta el 31 de julio de 1988).

En Europa los principales países que han notificado casos son: Francia (3,628), Alemania Federal (2,210), Italia (1,865), Reino Unido (1,598) y España (1,471). En Africa los países con mayor número de casos son Kenya (2,097), Burundi (1,408), Congo (1,250), Rwanda (987) y Malawi (583).

México ocupa el 14º lugar en cuanto a número de casos a nivel mundial.

En América ocupa el 4º lugar, después de Estados Unidos (69 085), Brasil (2 956) y Canadá (1 809).

Hasta el 1º de agosto de 1988 se han notificado a la Dirección General de Epidemiología 1628 casos de SIDA; durante el último mes se notificaron 63 casos nuevos, la mayoría de los cuales iniciaron su padecimiento durante 1987.

La tendencia de los casos es ascendente en todas las entidades del país, aunque el Distrito Federal concentra 552 casos de SIDA con una tasa de incidencia acumulada de 55.6 casos por millón de habitantes, el porcentaje de casos de SIDA en esta ciudad es ahora de 34.1%. El 64.6% de los casos de esta enfermedad se presentan en provincia y este porcentaje muestra una tendencia más acelerada que en el Distrito Federal. Los estados de la región norte del país concentran el 15.9% de los casos, con tasas que varían de 39.1 casos por millón de habitantes en Baja California, hasta 7.5 en Sonora. En conjunto en esta región se han reportado 258 casos con una tasa de 20.7. En la región centro occidente se han reportado 399 casos, que representan el 24.7% de todos los casos con una tasa de 20.9 por millón de habitantes; Jalisco concentra 227 con una tasa de 45.6, muy cercana a la del D. F.. La región centro oriente ha notificado 293 casos (18.1%) con una tasa de 10.4. El Estado de México concentra 125 con una tasa de 12.3. Los estados de la región sur han reportado 95 casos(5.9%) con una tasa de 11.4.

Las entidades con mayor riesgo de SIDA expresado en tasas son el D.F., Jalisco, Baja California, Morelos, Coahuila y Yucatán.

En este boletín se presenta la

distribución por categoría de transmisión en las 10 entidades con mayor número de casos. La proporción de casos asociada a prácticas homo y bisexuales masculinas es variable, desde 44.2% en Puebla (23.3% homosexualidad masculina y 20.9% bisexualidad masculina) hasta 84.2% en Yucatán (77.3% homosexualidad masculina y 6.8% bisexualidad masculina). En aquellos estados con menor proporción de casos asociados a esta categoría de transmisión, el número de casos asociados a recepción de transfusiones es mayor. En Puebla esta categoría representa el 25.6% de los casos notificados en este estado, casi el triple de lo que constituye esta categoría para el total de casos; le siguen Jalisco con 19.8%, Morelos con 15.9% y el Estado de México con 14.4%. La proporción de casos asociada a transmisión heterosexual es más importante en Puebla donde estos casos representan el 20.9%, casi el doble de la informada para el total de casos; le siguen el Estado de México (16.8%) y Morelos (11.4%). La proporción de casos asociada a hemofilia constituye el 7.4% en Coahuila, entidad donde la proporción representada por estos casos es mayor. Cuatro de los cinco casos asociados a drogadicción intravenosa han sido notificados en el estado de Jalisco, representado el 1.8% del total de casos notificados por este estado. Al considerar homosexualidad masculina y drogadicción intravenosa en forma combinada los casos se encuentran distribuidos en varios estados. Por lo que se refiere a transmisión perinatal, si bien el número de casos es reducido, en algunos estados, México, Morelos y Puebla, esta categoría representa el 2.3% del total de casos.

Del total de casos de SIDA, 1487 (91.3%) corresponden a hombres y 141 (8.7%) a mujeres, con una razón de 10.5/1. La razón hombre mujer en mayores de 65 años y menores de 15, es de 2 a 1 y 4 a 1 respectivamente. Del total de casos, el 66.7% se notificaron en el grupo de 25 a 44 años, el 13.6% en adultos jóvenes (de 15 a 24 años), y 13% corresponde al grupo de 45 a 64 años.

Se ha reportado más de un caso de SIDA por cada 10 000 hombres en el grupo de 25 a 44 años, en cambio sólo 9 casos por cada millón de mujeres en este mismo grupo de edad. El riesgo de tener SIDA es 2.5 veces mayor en hombres de 25 a 44 años, y 1.3 veces en varones de 45 a 64 años en relación al total de la población masculina. Los grupos de ambos sexos con menor riesgo son los de menos de 15 años. Se han reportado 60 casos en menores de 15

años, que representan el 3.7% del total de casos.

De los 844 casos de SIDA en los que se cuenta con información sobre la ocupación, se observa que afecta principalmente a trabajadores de servicios públicos o personales (meseros, estilistas, aeromozos y otros) con 17.4%, a empleados administrativos 15.6%, profesionales 8.5%, trabajadores de la educación 7.9% y estudiantes 6.2%.

La población urbana de estratos socioeconómicos medio y alto sigue siendo la más afectada. Sólo el 2.4% de los casos se ha reportado en campesinos.

El análisis de los casos de SIDA por categoría de transmisión en mujeres adultas indica que dos terceras partes adquieren la infección por transfusión sanguínea y una tercera parte por contactos heterosexuales.

En hombres adultos, el 92.4% de los casos adquirieron la infección por vía sexual, el 57.5% de los casos corresponde a homosexuales, el 25.9% a bisexuales y el 9% a contactos heterosexuales. En este mismo grupo el 6.3% (79 casos), corresponde a transmisión sanguínea, de los cuales 4.6% fueron transfundidos, 1.3% son hemofílicos y 0.4% drogadictos intravenosos.

De los 60 casos pediátricos el 35% corresponde a hemofílicos, el 31.7% a transfundidos, el 21.7% adquirieron la infección por vía perinatal y el 5% por vía sexual.

El análisis de las categorías de transmisión por grupo de edad y sexo muestra los datos siguientes: En hombres menores de 15 años, la mayor proporción de casos se ha asociado a recepción de sangre y sus productos (43.8% en hemofílicos y 27.1% en transfundidos). El 18.8% de los casos se ha asociado a transmisión perinatal. En los sujetos de 15 a 24 años la mayor proporción de casos se asocia a prácticas homosexuales (52.8%) y bisexuales (20%). La proporción de casos asociada a recepción de sangre o sus productos (4.1% en transfundidos y 3.1% en hemofílicos) es mayor que la asociada a transmisión heterosexual (5.6%). En este grupo de edad se presenta la mayor proporción de casos asociada a drogadicción intravenosa (1.5%). En los sujetos entre 25 y 44 años, la proporción de casos asociada a prácticas homosexuales (53%) y bisexuales (23%) ocupa el primer lugar. En este grupo de edad, la transmisión heterosexual de la enfermedad es proporcionalmente mayor (8.6%) que la asociada a transfusión (2.9%) y hemofilia (0.8%). En los hombres de 45 a 64 años, la proporción de casos

asociada a prácticas homo y bisexuales es la principal (42.3% y 27% respectivamente), mientras que la proporción de casos asociada a transmisión heterosexual (7.7%) es casi equivalente a la asociada a recepción de sangre y sus productos (transfundidos 7.7% y hemofílicos 0.5%). En los mayores de 65 años, el primer lugar lo ocupan los casos asociados a transfusión (45.5%), mientras que la proporción de casos asociados a prácticas homosexuales y bisexuales (9.1% y 18.2% respectivamente) y a hemofilia(9.1%) es menor. En hombres, la transmisión sexual ocurre preferentemente en el grupo sexualmente activo; la transmisión sanguínea se observa particularmente en los menores de 15 años y mayores de 65.

En las mujeres la situación es diferente. En todos los grupos de edad los casos asociados a transfusión ocupan el primer lugar, de 50% en las menores de 15 años hasta 100% en las mayores de 65 años. En las menores de 15 años la transmisión perinatal ocupa el segundo lugar (33.3%). En las adolescentes y adultas la transmisión heterosexual representa un mayor porcentaje.

En cuanto a las instituciones notificantes, el 44.2% (720 casos) ha sido notificado por el IMSS; 33.4% (544 casos) por la SSA; 10.9% (177 casos) por el ISSSTE; y 11.5%(187 casos) por otras instituciones.

En lo que se refiere al estado actual de los pacientes, el 60.7% (989 casos) continúa vivo y el 30.3%(494 casos) ha fallecido. Se desconoce el estado actual de 145 pacientes.

NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR FECHA DE INICIO DE SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1980-1988

AÑO/SEMESTRE	Nº DE CASOS POR FECHA DE INICIO	Nº DE CASOS ACUMULADOS
1981		
1er semestre	1	1
2do semestre	1	2
1982		
1er semestre	3	5
2do semestre	8	13
1983		
1er semestre	18	31
2do semestre	18	49
1984		
1er semestre	18	67
2do semestre	54	121
1985		
1er semestre	79	200
2do semestre	141	341
1986		
1er semestre	156	497
2do semestre	296	793
1987		
1er semestre	383	1 176
2do semestre	283	1 459
1988		
1er semestre	169	1628
TOTAL	**1 628**	

FUENTE: INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD
HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1988

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE SIDA POR OCUPACION MEXICO, HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1988

	OCUPACION	No.	%
1.	TRABAJADOR DE SERVICIOS PUBLICOS O PERSONALES	147	17.4
2.	EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	132	15.6
3.	PROFESIONALES	72	8.5
4.	TRABAJADOR DE LA EDUCACION	67	7.9
5.	ESTUDIANTE	52	6.2
6.	COMERCIANTE O VENDEDOR	49	5.8
7.	OBRERO INDUSTRIAL	50	5.9
8.	AMA DE CASA	47	5.6
9.	TRABAJADOR DE LA SALUD	43	5.1
10.	TRABAJADOR DEL ARTE Y ESPECTACULOS	36	4.3
11.	CHOFER	28	3.3
12.	TECNICO Y PERSONAL ESPECIALIZADO	26	3.1
13.	EMPLEADO DOMESTICO	20	2.4
14.	CAMPESINO O TRABAJADOR AGRICOLA	20	2.4
15.	DESEMPLEADO	18	2.1
16.	TRABAJADOR DE VIGILANCIA	15	1.8
17.	VENDEDOR AMBULANTE	13	1.5
18.	PROSTITUTA (O)	7	0.8
19.	RECLUSO	2	0.2
	TOTAL	**844**	**100.0**

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA POR ENTIDAD FEDERATIVA MEXICO 1982-1988 (HASTA EL 1º DE AGOSTO)

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	PORCENTAJE
• REGION CENTRO			
Distrito Federal	552	55.6	34.1
Subtotal	**552**	**55.6**	**34.1**
• REGION NORTE			
Nuevo León	78	26.3	4.8
Coahuila	68	37.6	4.2
Baja California	52	39.1	3.2
Tamaulipas	22	10.1	1.4
Chihuahua	22	10.0	1.4
Sonora	13	7.5	0.8
Baja California Sur	3	10.7	0.2
Subtotal	**258**	**20.7**	**15.9**
• REGION CENTRO OCCIDENTE			
Jalisco	227	45.6	14.0
Guerrero	38	15.7	2.3
Michoacán	36	11.1	2.2
Sinaloa	23	10.5	1.4
San Luis Potosí	18	9.4	1.1
Durango	18	13.5	1.1
Nayarit	17	20.9	1.1
Colima	10	25.1	0.6
Aguascalientes	6	9.5	0.4
Zacatecas	6	4.9	0.4
Subtotal	**399**	**20.9**	**24.7**

* Tasa X 1 000 000 habitantes

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	PORCENTAJE
• REGION CENTRO ORIENTE			
México	125	12.3	7.7
Veracruz	49	7.8	3.0
Morelos	44	37.9	2.7
Puebla	43	11.2	2.7
Hidalgo	14	8.0	0.9
Guanajuato	11	3.3	0.7
Tlaxcala	4	6.3	0.2
Queretaro	3	3.4	0.2
Subtotal	**293**	**10.4**	**18.1**
• REGION SUR			
Yucatán	44	35.8	2.7
Oaxaca	19	7.3	1.2
Chiapas	12	5.0	0.7
Tabasco	8	6.5	0.5
Campeche	7	13.1	0.4
Quintana Roo	5	15.1	0.3
Subtotal	**95**	**11.4**	**5.9**
EXTRANJERO	**21**	-	**1.3**
Subtotal	**1618**	-	**100.0**
SE IGNORA	**10**		
TOTAL	**1628**	**20.9**	**100.0**

* Tasa X 1 000 000 habitantes

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1988

EDAD Y SEXO							
GRUPO DE EDAD	MASCULINO NO.	%	FEMENINO NO.	%	TOTAL	%	RAZON HOM/MUJ
<15	48	3.2	12	8.5	60	3.7	4/1
15-24	195	13.1	26	18.4	221	13.6	8/1
25-44	1007	67.7	79	56.0	1086	66.7	13/1
45-64	196	13.2	16	11.3	212	13.0	12/1
65 y +	11	0.7	5	3.5	16	1.0	2/1
Se ignora	30	2.0	3	2.2	33	2.0	10/1
TOTAL	1487	100.0	141	100.0	1628	100.0	10.5/1

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE SIDA POR EDAD Y SEXO						
GRUPO DE EDAD	MASCULINO NO.	TASA*	FEMENINO NO.	TASA*	TOTAL	TASA*
<15	48	3.0	12	0.8	60	1.9
15-24	195	22.7	26	3.1	221	13.0
25-44	1007	107.5	79	8.7	1041	58.3
45-64	196	48.7	16	3.8	212	25.9
65 y +	11	8.9	5	3.4	16	5.9
Se ignora	30	-.-	3	-.-	33	2.1
TOTAL	**1487**	**38.0**	**141**	**3.6**	**1628**	**20.9**

* TASA X 1 000 000 HABITANTES

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1988

EDAD Y SEXO							
GRUPO DE EDAD	MASCULINO NO.	%	FEMENINO NO.	%	TOTAL	%	RAZON HOM/MUJ
<15	48	3.2	12	8.5	60	3.7	4/1
15-24	195	13.1	26	18.4	221	13.6	8/1
25-44	1007	67.7	79	56.0	1086	66.7	13/1
45-64	196	13.2	16	11.3	212	13.0	12/1
65 y +	11	0.7	5	3.5	16	1.0	2/1
Se ignora	30	2.0	3	2.2	33	2.0	10/1
TOTAL	1487	100.0	141	100.0	1628	100.0	10.5/1

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE SIDA POR EDAD Y SEXO						
GRUPO DE EDAD	MASCULINO NO.	TASA*	FEMENINO NO.	TASA*	TOTAL	TASA*
<15	48	3.0	12	0.8	60	1.9
15-24	195	22.7	26	3.1	221	13.0
25-44	1007	107.5	79	8.7	1041	58.3
45-64	196	48.7	16	3.8	212	25.9
65 y +	11	8.9	5	3.4	16	5.9
Se ignora	30	-.-	3	-.-	33	2.1
TOTAL	**1487**	**38.0**	**141**	**3.6**	**1628**	**20.9**

* TASA X 1 000 000 HABITANTES

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1988

CATEGORIA DE TRANSMISION EN ADULTOS POR SEXO

CATEGORIA DE TRANSMISION	MASCULINO NO.	%	FEMENINO NO.	%	TOTAL	%
HOMOSEXUALES MASCULINOS	729	57.5			729	52.6
BISEXUALES MASCULINOS	328	25.9			328	23.7
CONTACTOS HETEROSEXUALES	114	9.0	37	31.1	151	10.9
TRANSMISION SEXUAL	1171	92.4	37	31.1	1208	87.2
TRANSFUSION	58	4.6	82	68.9	140	10.1
HEMOFILICOS	16	1.3			16	1.2
DROGADICTOS (I.V.)	5	0.4			5	0.4
TRANSMISION SANGUINEA	79	6.3	82	68.9	161	11.7
HOMOSEXUALES DROGADICTOS I.V.	17	1.3			17	1.2
SUBTOTAL	1267	100.0	119	100.0	1386	100.0
		(88.0)		(92.2)		(88.4)
NO DOCUMENTADO		172		10		182
		(12.0)		(7.8)		(11.6)
TOTAL	1439	100.0	129	100.0	1568	100.0

CATEGORIA DE TRANSMISION EN CASOS PEDIATRICOS

CATEGORIA DE TRANSMISION	NO.	%
HEMOFILICOS	21	35.0
TRANSFUSION	19	31.7
TRANSMISION SANGUINEA	40	66.7
HOMOSEXUAL MASCULINO	2	3.3
HETEROSEXUAL FEMENINO	1	1.7
TRANSMISION SEXUAL	3	5.0
PERINATAL	13	21.7
NO DOCUMENTADO	4	6.7
TOTAL	60	100.0

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1988
CATEGORIAS DE TRANSMISION POR ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		HETEROSEXUAL		TRANSFUSIÓN		HEMOFILICO		DROG. I.V		HOMO DROG I.V.		PERINATAL		NO DOCUMENT		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
D. F.	300	54.3	108	19.6	47	8.5	34	6.2	6	1.1	0	0.0	2	0.4	3	0.5	52	4.4	552	100.0
JALISCO	94	41.4	46	20.3	15	6.6	45	19.8	8	3.5	4	1.8	2	0.9	1	0.4	12	5.3	227	100.0
MEXICO	41	32.8	20	16.0	21	16.8	18	14.4	2	1.6	0	0.0	1	0.8	3	2.4	19	15.2	125	100.0
NUEVO LEON	31	39.7	20	25.6	6	7.7	3	3.8	4	5.1	0	0.0	1	1.3	0	0.0	13	16.7	78	100.0
COAHUILA	30	44.1	12	17.6	2	2.9	6	8.8	5	7.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	19.1	68	100.0
BAJA CALIF	24	46.2	14	26.9	3	5.8	6	8.8	0	0.0	0	0.0	2	3.8	0	0.0	3	5.8	52	100.0
VERACRUZ	26	53.1	9	18.4	3	6.1	2	4.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	18.4	49	100.0
MORELOS	12	27.3	10	22.7	5	11.4	7	15.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.3	9	20.5	44	100.0
YUCATAN	34	77.3	3	6.8	2	4.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.5	0	0.0	3	6.8	44	100.0
PUEBLA	10	23.3	9	20.9	9	20.9	11	25.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.3	3	7.0	43	100.0
RESTO EDOS	129	37.3	77	22.2	39	11.3	27	7.8	12	3.5	1	0.3	7	2.0	4	1.2	50	14.4	346	100.0
TOTAL	731	44.9	328	20.1	152	9.3	159	9.8	37	2.3	5	0.3	17	1.0	13	0.8	186	11.4	1628	100.0

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1988

CATEGORIAS DE TRANSMISION POR GRUPOS DE EDAD EN HOMBRES

GPO DE EDAD	HOMOSEXUAL		BISEXUAL		HETEROSEXUAL		TRANSFUSION		HEMOFILICO		DROG. I.V		HOMO DROG.I.V.		PERINATAL		NO DOCUMENT		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
< 15	2	4.2	0	0.0	0	0.0	13	27.1	21	43.8	0	0.0	0	0.0	9	18.8	3	6.3	48	100.0
15 - 24	103	52.8	39	20.0	11	5.6	8	4.1	6	3.1	3	1.5	2	1.0	0	0.0	23	11.8	195	100.0
25 - 44	234	53.0	232	23.0	87	8.6	29	2.9	8	0.8	2	0.2	14	1.4	0	0.0	101	10.0	1007	100.0
45 - 64	83	42.3	53	27.0	15	7.7	15	7.7	1	0.5	0	0.0	1	0.5	0	0.0	28	14.3	196	100.0
65 - +	1	9.1	2	18.2	1	9.1	5	45.5	1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	9.1	11	100.0
SE IGNORA	8	26.7	2	6.7	0	0.0	1	3.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19	63.3	30	100.0
TOTAL	731	49.2	328	22.1	114	7.7	71	100.0	37	2.5	5	0.3	17	1.1	9	0.6	175	11.8	1487	100.0

CATEGORIAS DE TRANSMISION POR GRUPOS DE EDAD EN MUJERES

GPO DE EDAD	HETEROSEXUAL		TRANSFUSION		PERINATAL		NO DOCUMENT		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
< 15	1	8.3	6	50.0	4	33.3	1	8.3	12	100.0
15 - 24	7	26.9	16	61.5	0	0.0	3	11.5	26	100.0
25 - 44	27	34.1	48	60.8	0	0.0	4	5.1	79	100.0
45 - 64	3	18.8	12	75.0	0	0.0	1	6.3	16	100.0
65 - +	0	0.0	5	100.	0	0.0	0	0.0	5	100.0
SE IGNORA	0	0.0	1	33.3	0	0.0	2	66.7	3	100.0
TOTAL	38	27.0	88	62.4	3	2.8	11	7.8	141	100.0

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1988

POR FECHA DE INICIO ACUMULADOS

CASOS

2000
1000
0

2 13 49 121 341 793 1459 1628

1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988

AÑO

INCIDENCIA ACUMULADA POR REGION GEOGRAFICA

TASA*

60
50
40
30
20
10
0

55.6 20.9 20.7 11.4 10.4

CENTRO CENT. OCCID. NORTE SUR CENT. ORIEN.

REGION

* TASA X 1 000 000 HABITANTES

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1988

* TASA POR 1 000 000 HABITANTES

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1988

POR CATEGORIA DE TRANSMISION Y SEXO EN ADULTOS

1.3% 1.3% 0.4%
4.6%
9%
25.9%
57.5%

HOMBRES

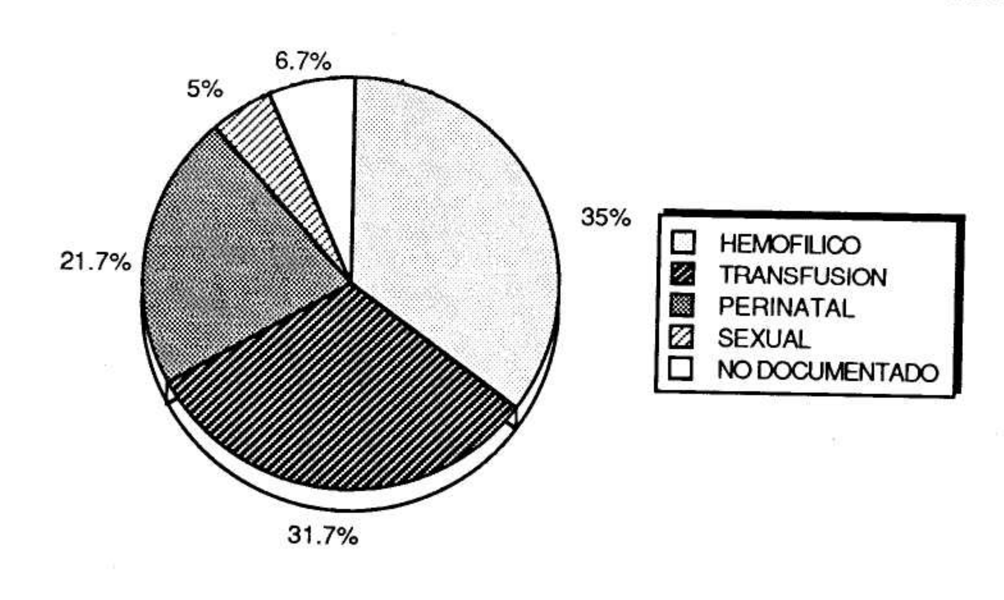
HOMO
BISEX
HETERO
TRANSF
HEMOF
HO/DIV
DROG IV

31.1%
68.9%

MUJERES

SE DESCONOCE LA CATEGORIA DE TRANSMISION EN 172 HOMBRES Y 10 MUJERES





2. EL SIDA Y EL LUGAR DE TRABAJO. DECLARACION DE CONSENSO BASADA EN LA REUNION CONSULTIVA DE LA OMS EN ASOCIACION CON LA OIT GINEBRA, 27-29 DE JUNIO DE 1988.

I. Declaración general

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constituyen un problema mundial urgente de vastas dimensiones y consecuencias sociales, culturales, económicas, políticas, éticas y legales.

Las medidas de prevención y lucha contra el SIDA adoptadas en los planos nacional e internacional han requerido la intervención de toda clase de servicios sanitarios y sociales. En este proceso, los problemas y trabajos de prevención y lucha contra la infección por el VIH y el SIDA han puesto en relieve la fragilidad, las desigualdades y los desequilibrios de los actuales sistemas de salud y asistencia social. Por consiguiente, la lucha contra el SIDA dará ocasión para reexaminar y evaluar los sistemas existentes así como los supuestos y relaciones afines.

Actualmente hay 2300 millones de personas económicamente activas en el mundo. El lugar de trabajo desempeña un papel central en la vida de los habitantes de todo el planeta. El análisis de las relaciones entre el VIH/SIDA y el lugar de trabajo reforzará la capacidad para abordar eficazmente el problema del VIH/SIDA en los planos local, nacional e internacional.

Por otra parte, la inquietud suscitada por la propagación del VIH/SIDA ofrece una oportunidad para reexaminar el ambiente de trabajo y ofrece a trabajadores y empleadores, así como a sus organizaciones y, en su caso, a los organismos gubernamentales y otras instituciones, la posibilidad de crear una atmósfera favorable a la asistencia sanitaria y la protección de la salud de todos los trabajadores. Esto puede entrañar aspectos muy diversos y no afecta sólo al comportamiento individual sino que aborda cuestiones de responsabilidad colectiva, dando ocasión para revisar las relaciones laborales de un modo que fomente la dignidad y los derechos humanos, anule toda amenaza de discriminación y estigmatización, y mejore las prácticas y los sistemas de trabajo.

II. Introducción: Los estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo han demostrado que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

sólo se transmite de tres modos:
a) Por contacto sexual (inclusive la donación de semen);

b) por la sangre (principalmente mediante transfusiones de sangre y el uso de jeringas y agujas sin esterilizar; también por el transplante de órganos y tejidos);

c) de una madre infectada a su hijo (transmisión perinatal).

No hay ninguna prueba de que el VIH se transmita por medio de insectos o por los alimentos o el agua, ni por los estornudos, la tos, ni el retrete o las piscinas, ni por la orina, el sudor o las lágrimas, ni por el hecho de compartir vajilla, cubiertos, teléfonos o ropa de protección. Nada demuestra que el VIH pueda transmitirse mediante contactos casuales de persona a persona en un sitio cualquiera.

Durante períodos prolongados, la mayor parte de las personas infectadas por el VIH se encuentran sanas. Con el tiempo, esas personas pueden desarrollar el SIDA u otras enfermedades relacionadas o seguir aparentemente sanas. Se calcula que aproximadamente el 90% de los 5-10 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, se encuentran en una edad económicamente productiva. Por ello, es lógico preguntarse qué consecuencias tiene el VIH/SIDA en el lugar de trabajo.

En la inmensa mayoría de los medios laborales y de los oficios o profesiones, el trabajo no entraña ningún riesgo de adquisición o de transmisión entre trabajadores, de un trabajador a un cliente o del cliente al trabajador. El presente documento se refiere a los trabajadores dedicados a esos oficios o profesiones. En otra reunión consultiva que va a organizar el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS se examinarán las profesiones o situaciones laborales en las que si puede existir riesgo de adquirir o transmitir el VIH.

La finalidad del presente documento es orientar a quienes deban abordar asuntos relacionados con el VIH/SIDA y el lugar de trabajo. Esto puede entrañar un examen de la política sanitaria existente o la formulación de otra nueva. El documento se centra en los principios básicos y elementos fundamentales de las políticas relativas al VIH/SIDA y el lugar de trabajo.

Al enfrentarse con los problemas que plantea el VIH/SIDA en relación con el lugar de trabajo, tanto los trabajadores como los empleadores y

los gobiernos podrán aportar una valiosa contribución a las medidas locales, nacionales e internacionales que se adopten para prevenir y combatir el SIDA, en consonancia con la Estrategia Mundial de Prevención y Lucha contra el SIDA establecida por la OMS.

III. Principios de política: La protección de la dignidad y de los derechos humanos de las personas infectadas por el VIH, incluyendo a las que padecen SIDA, es esencial para prevenir y combatir el VIH/SIDA. Los trabajadores infectados por el VIH que se encuentran sanos deben ser tratados exactamente igual que cualquier otro trabajador. Los que tengan una enfermedad relacionada con el SIDA o incluso el SIDA, deberán ser tratados como cualquier otro trabajador con una enfermedad.

La mayoría de las personas con el VIH/SIDA desean seguir trabajando, lo cual mejora su bienestar físico y mental, y deben tener derecho a hacerlo. Hay que dejarles que aporten su capacidad de creación y su productividad en un ambiente de trabajo que les sea propicio.

En la resolución (WHA41.24) de la Asamblea Mundial de la Salud, titulada "SIDA: Necesidad de evitar toda discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA" se insta a los Estados Miembros:

"1) a que fomenten un espíritu de comprensión y compasión para con las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA...

2) a que protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y de las personas con SIDA... y a que eviten toda medida discriminatoria o de estigmatización contra esas personas en la provisión de servicios, empleos y viajes;

3) a que garanticen la confidencialidad de las pruebas del VIH y fomenten la disponibilidad de asesoramiento y otros servicios de apoyo..."

En la actitud que se adopte en relación con el VIH/SIDA y el lugar de trabajo se deberá tener en cuenta el contexto social y jurídico existente, así como la política nacional de sanidad y la Estrategia Mundial contra el SIDA.

IV. Formulación y aplicación de una política adecuada: Habrá que formular procedimientos y políticas coherentes, tanto en el plano nacional como en el de las empresas, mediante consultas entre los

trabajadores, los empleadores y sus organizaciones y, si procede, los organismos oficiales y otras instituciones. Se recomienda formular y llevar a la práctica tales políticas antes de que surjan problemas relacionados con el VIH/SIDA en los lugares de trabajo.

La formulación y aplicación de una política no es un proceso estático sino dinámico. Por ello, las políticas relacionadas con el VIH/SIDA y el lugar de trabajo deberán:

A. comunicarse a todos los interesados

B. ser objeto de revisión contínua en función de la información epidemiológica y científica en general;

C. seguirse de cerca para velar por su buena aplicación;

D. evaluarse desde el punto de vista de su eficacia.

V. Elementos de la política:

A. Personas que solicitan un empleo: La detección del VIH/SIDA previa a la contratación, como parte de la prueba de aptitud para el trabajo es innecesaria y no debe exigirse. La detección del VIH/SIDA antes de la contratación con fines de seguro u otros fines es muy inquietante por sus posibles efectos discriminatorios, y merece ser objeto de un examen detenido y riguroso.

B. Personas que tienen ya un empleo:

1. Detección del VIH/SIDA: No se debe exigir la detección del VIH/SIDA, sea directa (investigación del VIH, indirecta (evaluación de los comportamientos de riesgos) o basada en preguntas sobre las pruebas ya practicadas.

2. Confidencialidad: Se debe respetar el carácter confidencial de toda información médica, inclusive el estado relativo al VIH/SIDA.

3. Información del empleador: El empleado no debe estar obligado a informar a su empleador acerca de su estado en relación con el VIH/SIDA.

4. Protección del empleado: A las personas afectadas por el VIH/SIDA o sospechosas de estarlo, hay que protegerlas en el lugar de trabajo de toda estigmatización o discriminación por parte de compañeros, medios sindicales, empleadores o clientes. La información y la educación son esenciales para mantener el clima de confianza mutua que es indispensable para lograr esa protección.

5. Acceso de los empleados a los servicios: Los empleados y sus familiares deben tener acceso a programas de información y educación sobre el VIH/SIDA, así como a medios adecuados de asesoramiento y consulta.

6. Prestaciones: Los empleados infectados con el VIH no deben ser objeto de discriminación en relación con el acceso a las prestaciones ordinarias de la seguridad social u otras prestaciones laborales y la percepción de las mismas.

7. Cambio razonable del ambiente de trabajo: La infección por el VIH no entraña por sí misma limitación alguna en la capacidad para el trabajo. Si ésta se encuentra menoscabada por alguna enfermedad relacionada con el VIH, se deberán tomar medidas para efectuar un cambio razonable del ambiente de trabajo.

8. Mantenimiento de la relación laboral: La infección por el VIH no es motivo para cesar en el empleo. Al igual que con otras muchas enfermedades, las personas que padezcan enfermedades relacionadas con el VIH deberán seguir trabajando mientras estén médicamente en condiciones de desempeñar un empleo apropiado.

9. Primeros auxilios: En toda situación que exija primeros auxilios en el lugar de trabajo, se deben tomar ciertas precauciones para reducir el peligro de transmitir infecciones sanguíneas, entre ellas la hepatitis B. Esas precauciones generales resultan igualmente eficaces contra la transmisión del VIH.

3. RESUMENES DE ARTICULOS CORRESPONDIENTES AL NUMERO ESPECIAL SOBRE SIDA PUBLICADOS EN LA REVISTA SALUD PUBLICA DE MEXICO. JULIO-AGOSTO, 1988. VOLUMEN 30, Nº 4.

SIDA: CARACTERISTICAS GENERALES DE UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA ◊

Soberón G.

RESUMEN:
En este trabajo se presenta una visión general de problema del SIDA en México, empezando por su caracterización en tanto problema de salud pública. En seguida se analizan sus aspectos epidemiológicos, haciendo hincapié en su historia, en los mecanismos de transmisión, en su historia natural y en la situación del SIDA en el mundo. Posteriormente se describe la respuesta sanitaria frente al problema: las estrategias, las condiciones generales para enfrentarlo, la reorganización de los bancos de sangre y la puesta en marcha de una campaña educativa. Se concluye con la necesidad de cooperación internacional e intersectorial para enfrentar un problema de tal magnitud.

◊ Salud Pública Mex 1988; 30: 504-512

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y COGNOSCITIVAS DE LA TRANSMISION DEL VIH EN MEXICO ◊

Sepúlveda Amor J, Valdespino Gómez JL, García García ML, Izazola Licea JA, Rico Galindo B.

RESUMEN:
En el presente artículo se presenta una revisión de los mecanismos de transmisión del VIH aceptados hasta el momento: sexual, sanguíneo y perinatal, desde el punto de vista médico y epidemiológico; se analizan las repercusiones de éstos en la presentación de los casos de SIDA y en las tasas de prevalencia de infección por VIH en México; y se presentan resultados de encuestas de comportamiento realizadas en nuestro país haciendo énfasis en los conocimientos, actitudes y prácticas asociadas a los diferentes tipos de transmisión. La vía de transmisión más frecuente, considerando el total de casos, es la sexual, siendo proporcionalmente mayor el número de casos con antecedente de contacto heterosexual o bisexual que en otros lugares del mundo. La transmisión sanguínea es mayor que en otros países por el elevado número de casos asociados a transfusión de sangre y hemoderivados (10%). El número de casos de usuarios de drogas intravenosas es reducido. El número total de niños afectados es bajo (3.7%), y la transmisión perinatal no representa todavía un problema de salud pública importante. Los resultados de las encuestas de conocimientos realizadas hasta el momento han señalado la necesidad de hacer énfasis en la información relativa a los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas, principalmente en los grupos con prácticas de alto riesgo.

◊ Salud Pública Mex 1988; 30: 513-527.

PATRONES Y PREDICCIONES EPIDEMIOLOGICAS DEL SIDA EN MEXICO ◊

Valdespino Gómez JL, Sepúlveda Amor J, Izazola Licea JA, García García ML, Mora Galindo JL, Palacios Martínez M, Rico Galindo B.

RESUMEN:
El presente artículo tiene como finalidad formular predicciones sobre el comportamiento del SIDA en México. Para ello se incluyen, por un lado, los patrones de comportamiento del SIDA en diferentes áreas geográficas -que permiten plantear hipótesis útiles para la formulación de predicciones epidemiológicas- y, por otro, el análisis de los casos de SIDA en México y los resultados de los estudios serológicos realizados en grupos selectos que indican las tendencias del padecimiento y la prevalencia de la infección, respectivamente. El análisis de los casos por factor de riesgo muestra que existe una tendencia de rápido crecimiento en los grupos heterosexual y perinatal, y moderado crecimiento en los homosexuales, aunque éstos continúan siendo el grupo de alto riesgo mayoritario en nuestro país. Los casos por transmisión sanguínea representan proporcionalmente el doble de los reportados por Estados Unidos. La razon hombre:mujer ha pasado de 1:36 en diciembre de 1985 a 1:15 en enero de 1988, lo que habla de un número creciente de mujeres infectadas. Las encuestas seroepidemiológicas realizadas en nuestro país para determinar la prevalencia de infección por VIH en grupos selectos han arrojado resultados interesantes, entre los que destacan: una baja prevalencia en prostitutas (menor de 1%) en contraste con una alta prevalencia en prostitutos (16%) y homosexual (3 a 33%); así como una alta prevalencia en donadores de sangre y plasma remunerados (7%) en comparación con los donadores altruistas (menor de 0.1%). Las estimaciones del número de individuos infectados para 1988 oscila entre 31 600 y 97 700, calculándose que existen entre 28 y 87 infectados por cada caso de SIDA. Las predicciones de casos acumulados para 1991 en México estiman que para ese año el número de casos de enfermos de SIDA en México oscilará entre 64 304 y 76 602.

◊ Salud Pública Mex 1988; 30: 567-592.

MANIFESTACIONES CLINICAS INICIALES EN PACIENTES CON SIDA ◊

García García ML, Bravo García E, Palacios Martínez M, Mora Galindo JL. Valdespino Gómez JL.

RESUMEN:

Se describen las manifestaciones clínicas de presentación en los pacientes adultos con SIDA notificados a la Dirección General de Epidemiología (SSA), durante el período de enero de 1981 a enero de 1988. Se contó con información completa en 363 pacientes (94.2% varones y 69% entre los 25 y 44 años de edad). Este subgrupo de pacientes fue similar en edad, sexo, lugar de residencia y principales categorías de transmisión al total de pacientes notificados hasta la fecha. Los mecanismos de transmisión fueron homo y bisexualidad masculina en 71% (n=258); contacto heterosexual en 6.1% **(n=22);** antecedente transfusional en 5% (n=18); hemofilia en 0.5% (n=2), y dos o más mecanismos en 5.2% (n=19). El factor de riesgo se desconoce en 12.1% (n=44). La entidad clínica presente al momento de la notificación fue neumonía por *P. carinii* en 13% (n=47), otras infecciones oportunistas en 55.1% (n=200), sarcoma de Kaposi en 8.8% (n=32) y dos o más entidades clínicas en 23.1% (n=84). Setenta y ocho pacientes (21%) presentaron sarcoma de Kaposi. La proporción de pacientes con sarcoma de Kaposi ha disminuido del 17% (1981-1984) al 7% (1985-1988). Se identificaron 492 patógenos; los más frecuentes fueron *C. albicans* (21.6%), *P. carinii* (18.6%), *M. tuberculosis* (8.9%), herpes simple (7.1%) herpes zoster (6.5%) y *Cryptosporidium* (6.3%). Once por ciento correspondió a enteropatógenos. La duración promedio de la enfermedad fue de 10.3 meses. Se comparan la frecuencia de las entidades de presentación con lo que se ha informado en otras regiones y se discuten las implicaciones clínico-epidemiológicas. En comparación con EUA y Europa, en nuestro país se notifica con menor frecuencia la neumonía por *P. carinii.* Otras infecciones, principalmente tuberculosis y enteritis, son más frecuentes. En este sentido, la presencia de tuberculosis se correlaciona con los datos informados en grupos minoritarios en EUA, el Caribe y Africa. Estas diferencias pueden explicarse por la prevalencia de patógenos locales, las características inmunológicas del huesped y, posiblemente, la patogenicidad viral.

◊ Salud Pública Mex 1988; 30: 528-543.

LOS PRIMEROS CINCO AÑOS DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN MEXICO. LA EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION ◊

Ponce de León S, Macías AE, Cruz A, otros autores.

RESUMEN:
El primer caso de SIDA en México se diagnosticó en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" en 1983, y hasta el primero de enero de 1988 se habían atendido 127 enfermos en la institución. Se informan los resultados clínicos y demográficos de los primeros 107 pacientes (106 hombres y una mujer). La edad promedio fue de 35.3 años. De los varones, 94 (88%) refirieron homosexualidad y 33 (35%) de ellos se declararon bisexuales. La serología por ELISA fue positiva en todos los pacientes en quienes se efectuó. La manifestación inicial en 81 pacientes fue una infección oportunista (76%), sarcoma de Kaposi en 21 (20%) y ambos en cinco (5%). Cincuenta por ciento de los pacientes había fallecido a la semana 22 después de establecido el diagnóstico, tras un promedio de hospitalización de 47.7 días por año, con un costo de 19 millones de pesos por paciente-año. Los gérmenes más frecuentemente identificados fueron *C. albicans* en 69 pacientes (65%), citomegalovirus en 36 (34%), micobacteria en 32 (30%), *Cryptosporidium* en 27 (23%), y *P. carinii* y virus del herpes simple en 23 (22%). De las neoplasias, se encontró sarcoma de Kaposi en 50 pacientes (47%) y linfomas en cinco (5%). El estudio de seroprevalencia mostró que aproximadamente 30% de los homosexuales asintomáticos de la ciudad de México ha adquirido la infección por VIH. Las manifestaciones de SIDA en nuestros pacientes fueron semejantes a las informadas en otros países, pero fue más frecuente el antecedente de bisexualidad y las infecciones por *Cryptosporidium*, y menos frecuente el antecedente de drogadicción por vía endovenosa y las infecciones por *P. carinii.*

◊ Salud Pública Mex 1988; 30: 544-554.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INFECCION POR VIH EN HOMBRES HOMOSEXUALES Y BISEXUALES ◊

Izazola Licea JA, Valdespino Gómez JL, Sepúlveda Amor J.

RESUMEN:
En este artículo se presentan algunos de los resultados obtenidos en la encuesta "Serología de HTLV-III en población de alto riesgo en México". La muestra incluye exclusivamente a hombres que refirieron tener prácticas homosexuales y cuya residencia habitual era la ciudad de México. La información se levantó a través de una entrevista directa realizada por personal altamente capacitado. En total se realizaron 340 entrevistas. Dadas las características del estudio -colaboración voluntaria de la población analizada- la muestra no puede considerarse probabilística, por lo que no debe hacerse inferencias para la totalidad de la población homosexual de la Ciudad de México. Los factores de riesgo analizados abarcan prácticas sexuales, movilidad territorial intra e internacional, contactos sexuales con personas extranjeras, uso de drogas recreativas y haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual. El cuestionario incluye además datos demográficos básicos, sintomatología característica de la infección por VIH y modificación de conducta a raíz de la aparición del SIDA.

◊ Salud Pública Mex 1988; 30: 555-556.

TRANSMISION SANGUINEA DEL SIDA; ACCIONES PREVENTIVAS ◊

Dominguez Torix JL.

RESUMEN:
Este trabajo comienza describiendo las características y el peso relativo que la transmisión del SIDA por la sangre tiene en general y en México en particular. A continuación se señalan las diversas medidas que las autoridades de salud del país adoptaron para contender con el problema y que culminaron con la modificación de la Ley General de Salud en 1987. Finalmente, se reseñan las actividades concretas llevadas a cabo por las distintas instituciones del sector para dar cumplimiento a lo dispuesto en la modificación de la Ley.

◊ Salud Pública Mex 1988; 30: 593-596

COSTO DEL SIDA EN EL FUTURO PROXIMO

González Block MA.

RESUMEN:
Se analiza la capacidad económica del Estado para enfrentar la epidemia del SIDA en el contexto de la política de salud. El control epidemiológico tiene un alto costo económico, basado como lo está en el seguimiento de individuos por varios años con base en un equipo de salud interdisciplinario. Por ello, los planteamientos de política de salud deben relacionarse estrechamente con sus consecuencias económicas. Se concluye que la organización y la política que se adopten para combatir al SIDA no deberán de ser específicas, sino que el problema habrá de enfrentarse y controlarse en un mismo movimiento que permitirá resolver otros problemas de salud que, después de todo, le son afines.

◊ Salud Pública Mex 1988; 30: 597-612

MIGRACION Y SIDA EN MEXICO ◊

Cárdenas Elizalde MR

RESUMEN:
En el presente trabajo se comparan las características sociodemográficas de la población que migra sin documentos a Estados Unidos con las de aquellos casos de SIDA notificados a la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud que reportaron haber residido en aquel país. Los casos analizados son 35, aun cuando el número total de casos de SIDA al lo. de octubre de l987 eran 779. Sin embargo, no en todos ellos se captó el dato de residencia en Estados Unidos, por lo que únicamente se consideraron aquellos cuyas historias estuvieran completas. A partir de dicha comparación se concluye que los casos de SIDA con el antecedente de haber migrado, forman parte de un flujo migratorio distinto del de los indocumentados. Lo anterior conduce a señalar brevemente que tipo de información resultaría útil en el estudio de movimiento territorial de los casos de SIDA.

◊ Salud Pública Mex 1988; 30: 613-618.

LAS IMPLICACIONES DEL SIDA EN LA FUERZA DE TRABAJO EN MEXICO ◊

Christenson B.

RESUMEN:
El alto crecimiento de la población de México ha creado un amortiguador contra el impacto del SIDA en la población en las edades productivas en el corto plazó. Sin embargo, esto no significa que podamos ser optimistas. En los hombres de entre 25 y 44 años, que presentan el nivel de actividad económica más alta, el SIDA tendrá un impacto más fuerte en el corto y mediano plazo. Las proyecciones hablan de que es posible que en los noventa el impacto del SIDA en este grupo de hombres incremente la tasa de mortalidad por todas las causas en 15% y duplique el nivel de mortalidad debida a infecciones. En este momento, el problema del SIDA no está limitado a grupos estereotipados, como los trabajadores del arte, sino que incluye a personas de todas las ocupaciones. Los profesionales, los maestros, los trabajadores del arte y los trabajadores en varios servicios, están sobrerrepresentados entre las víctimas de SIDA. La sobrerrepresentación de grupos como los profesionales y maestros implica un impacto potencial negativo respecto a los esfuerzos por mejorar el nivel de recursos humanos en México. Es necesario un programa educativo para evitar un problema más grave en el mediano o largo plazo y para minimizar el temor a esta enfermedad en los lugares de trabajo.

◊ Salud Pública Mex 1988; 30: 619-628.

ASPECTS PSICOSOCIALES DEL SIDA: ESTIGMA Y PREJUICIO ◊

Castro-Pérez R.

RESUMEN:
El SIDA, como la lepra o la tuberculosis en otras épocas, es una enfermedad que, por un lado, refuerza algunos prejuicios ya existentes de parte de los "normales" y por otro, estigmatiza socialmente a sus víctimas. Además, esta enfermedad ha contribuido a politizar -a hacer públicos- aspectos tradicionalmente privados, como el contexto de la relación amorosa -homosexual o heterosexual-, que es una de las principales formas de transmisión de la enfermedad. La transmisión del SIDA supone actos privados con consecuencias públicas. Las políticas sociales orientadas a combatirlo suponen, a la inversa, actos públicos que tienen un impacto en la esfera de lo privado. Junto a este vínculo de lo público con lo privado, se ha abierto un espacio para que ciertos prejuicios y estigmas se acentúen. Consecuentemente, los enfermos de SIDA sufren una doble marginación: biológica, por lo incurable de su mal y social, por los prejuicios y estigmas que recaen sobre ellos. La investigación sociopsicológica y educativa debe contribuir a eliminar esta última.

◊ Salud Pública Mex 1988; 30: 629-634.

LOS DILEMAS DE LA NUEVA ENFERMEDAD ◊

Bellinghausen H.

RESUMEN:
Este artículo es una reflexión sobre los dilemas médicos, éticos, políticos y sociales que plantea el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. La prevalencia de algunas enfermedades ha marcado las distintas épocas históricas de una manera profunda; todo parece indicar que lo mismo ocurrirá con el SIDA, motivo por el cual es indispensable enfrentarlo con rigor científico e imparcialidad ética: es un reto para la imaginación creadora.

◊ Salud Pública Mex 1988; 30: 635-638

4. DECRETO por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.

Diario Oficial. Miercoles 24 de Agosto de 1988.
Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

MIGUEL DE LA MADRID H., PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, EN EJERCICIO DE LA FACULTAD QUE ME CONFIERE EL ARTICULO 89, FRACCION I, DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Y CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTICULOS 17 Y 39 FRACCION VI DE LA LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PUBLICA FEDERAL Y 3º, FRACCION XV, 5º, 133 FRACCIONES II Y IV, 134, 136 Y 141 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, Y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4o. de la Constitución General de la República, consagra, en su tercer párrafo, como garantía social, el derecho de toda persona a la protección de la salud, cuyo cumplimiento está a cargo del Sistema Nacional de Salud;

Que la Ley General de Salud dispone que corresponde a la Secretaría de Salud promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, profesionales, técnicos y auxiliares y de la población en general para la realización de actividades de prevención y control de enfermedades;

Que la Ley enunciada en el párrafo anterior determina las facultades que corresponden a la Secretaría de Salud para coordinar sus actividades con otras dependencias y entidades públicas, para la investigación, prevención y control de las enfermedades transmisibles;

Que la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana se ha constituido en un problema grave para la salud de la población, en virtud de su vertiginosa y fácil diseminación, por lo que es necesario llevar a cabo acciones decisivas para su prevención y control;

Que con las reformas a la Ley General de Salud, publicadas en el **Diario Oficial de la Federación** el 27 de mayo de 1987, se ha dado, entre otros, un gran avance para combatir el problema que representa el Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana al incorporarse el mismo en la lista de enfermedades de

notificación obligatoria;

Que la inclusión del SIDA a la lista mencionada en el considerando anterior, implica que las autoridades sanitarias deben realizar actividades tendientes a su vigilancia epidemiológica, así como su prevención y control con el firme propósito de combatirlo;

Que en virtud de lo anterior y tomando en cuenta el incremento de casos de SIDA en el país y su repercusión en la salud pública, se hace necesario contar con una instancia que en forma organizada coordine las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a luchar contra la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, he tenido a bien expedir el siguiente:

DECRETO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCION Y CONTROL DEL SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

ARTICULO 1o.- Se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida -CONASIDA-, cuyo objeto consistirá en promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan.

El Consejo será un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, y realizará las funciones a las que se refiere el párrafo anterior, sin perjuicio de las atribuciones que, a través de otras unidades administrativas, realice dicha Secretaría, en materia de prevención y control de enfermedades transmisibles y de investigación para la salud, así como de las que al Consejo de Salubridad General le confiere la Constitución General de la República y otras disposiciones legales.

ARTICULO 2o.- El órgano desconcentrado, para la consecución de su objeto, tendrá las funciones siguientes:

I.- Ser el medio para coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en lo relativo a los programas de investigación, prevención y control de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, así como promover la concertación de acciones con las instituciones de los sectores social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con los programas

mencionados;

II.- Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los Estados con el objeto de que éstos puedan aplicar las medidas necesarias para evitar la diseminación del Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

III.- Proponer el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana;

IV.- Promover y apoyar la realización de investigaciones en relación al Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

V.- Fijar criterios en materia de investigación y eventos científicos;

VI.- Apoyar y realizar la difusión de información sobre prevención y tratamiento del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, en el marco de los programas de educación para la salud de la Secretaría de Salud;

VII.- Proponer al Consejo proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas relacionadas con la transmisión, prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

VIII.- Sugerir medidas de prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

IX.- Proponer la forma y términos de la aplicación de los recursos que obtenga por cualquier título legal, en función del combate a la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida;

X.- Expedir sus bases de organización y funcionamiento, y

XI.- Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de su objeto.

ARTICULO 3o.- Para el cumplimiento de sus atribuciones el órgano contará con:

I.- El Consejo;

II.- El Coordinador General, y

III.- El Patronato.

ARTICULO 4o.- El Consejo se integrará por vocales que serán representantes de las dependencias de la Administración Pública Federal centralizada que sean invitadas por el Secretario de Salud, quien lo presidira, así como por representantes del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del

Estado, del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán y del Instituto Nacional de Salud Pública.

El Consejo por conducto de su Presidente, podrá invitar a sus sesiones a representantes de otras entidades de la Administración Pública Federal, de los gobiernos estatales, de las instituciones u organismos nacionales, internacionales o extranjeros que tengan relación con el objeto del Consejo, así como a representantes de los sectores social y privado cuyas actividades tengan relación con los asuntos a tratar en la sesión correspondiente.

Cada representante titular designará su respectivo suplente..

El Consejo contará con un Secretario de Actas que será designado por el Consejo, a propuesta de su Presidente.

ARTICULO 5o.- El Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, en sus ausencias, será suplido por el Coordinador General del mismo.

ARTICULO 6o.- Los miembros del Consejo se reunirán trimestralmente en sesiones ordinarias o en reuniones extraordinarias cuando sean convocadas por su Presidente.

Las sesiones se llevarán a cabo con la asistencia del Presidente del CONASIDA o quien lo supla y de la mayoría de los miembros permanentes del Consejo. Las resoluciones se tomarán por mayoría de votos de los miembros presentes y, en caso de empate, quien presida tendrá voto de calidad.

ARTICULO 7o.- El Consejo tendrá las siguientes facultades:
I.- Aprobar los programas, políticas, acciones y proyectos de aplicación de recursos del órgano desconcentrado;
II.- Autorizar los programas de investigación, prevención y control de la epidemia, y de concertación de acciones con los sectores social y privado;
III.- Aprobar los programas de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de los Estados;
IV.- Aprobar y someter al Secretario de Salud, el Programa Nacional para la Prevención y Control de la Infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana;
V.- Someter a las Secretarías de Salud proyectos de reformas a disposiciones jurídicas, y
VI.- Las demás necesarias para el debido cumplimento de las atribuciones del órgano

desconcentrado.

ARTICULO 8o.- El Presidente del Consejo Nacional para la Prevención y control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida tendrá las siguientes funciones:

I.- Presidir las sesiones del Consejo;
II.- Convocar a los miembros del Consejo, por conducto del Secretario de Actas, a la celebración de sesiones del mismo;
III.- Proponer a los miembros del Consejo la designación del Secretario de Actas, y
IV.- Invitar a quienes podrán asistir a las sesiones en los términos del Artículo 4o. de este Decreto.

ARTICULO 9o.- El Secretario de Actas auxiliará al Presidente en el adecuado desarrollo de las sesiones y al efecto tendrá las facultades que le señalen las bases de organización y funcionamiento del Consejo.

ARTICULO 10.- El Coordinador General del Consejo, que será designado por el Secretario de Salud, tendrá las facultades siguientes:

I.- Formular el programa de trabajo del órgano desconcentrado y de las áreas a su cargo y presentarlos al consejo para su aprobación;
II.- Formular los proyectos de programas que permitan el óptimo aprovechamiento de los recursos;
III.- Tomar las medidas pertinentes a fin de que las resoluciones del Consejo se cumplan de manera articulada, congruente y eficaz, ya sea que su ejecución corresponda al propio órgano o bien a las dependencias, entidades e instituciones participantes en el Consejo;

IV.- Establecer los sistemas de operación y control necesarios para alcanzar los objetivos propuestos por el Consejo en coordinación con las demás unidades de la Secretaría de Salud y mantener la coordinación con las dependencias, entidades e instituciones involucradas;

V.- Presentar periódicamente al Consejo informes de las actividades a su cargo. En el informe y en los documentos de apoyo se cotejarán los objetivos propuestos y los compromisos asumidos con las realizaciones alcanzadas;

VI.- Coordinar las actividades de los Comités a que se refiere el Artículo 11 de este Decreto, así como proponer al Consejo la designación de sus respectivos coordinadores y demás integrantes;

VII.- Administrar, ya sea directa o

indirectamente, los recursos humanos, materiales y financieros que se asignen al órgano, y

VIII.- Las demás que le confiera el Consejo.

ARTICULO 11.- Para el cumplimiento de su objeto, el Consejo contará con los Comités que al afecto establezca.

La integración de cada uno de los Comités, así como su organización y funcionamiento se sujetarán a lo que dispongan las bases de organización y funcionamiento del propio Consejo.

ARTICULO 12.- Las dependencias y entidades que, conforme a lo previsto en el Artículo 4o. de este Decreto, formen parte del Consejo como miembros permanentes, deberán:

I.- Proveer la información estadística institucional relativa al objeto del Consejo, de conformidad con los criterios que fije el mismo;

II.- Hacer del conocimiento del Consejo los proyectos de investigación que realicen o auspicien en relación con el objeto del mismo;

III.- Proporcionar al Consejo la información a la infraestructura de que dispongan para propiciar la colaboración institucional y el apoyo recíproco para el combate de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, y

IV.- Tomar las medidas necesarias para hacer efectivos los acuerdos y recomendaciones que se tomen en el seno del Consejo.

ARTICULO 13.- Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, que formen parte del Consejo, prestarán el apoyo necesario para el adecuado funcionamiento del órgano desconcentrado.

ARTICULO 14.- El Patronato tendrá las siguientes facultades:

I.- Apoyar las actividades del Consejo y formular sugerencias tendientes a su mejor desempeño;

II.- Alentar la participación de la comunidad en acciones que desarrolle el órgano;

III.- Contribuir a la obtención de recursos que permitan un adecuado desarrollo de las funciones del órgano;

IV.- Proponer al Coordinador General, de conformidad con las políticas y lineamientos que establezca el Consejo, la manera en que puedan ser aplicados los recursos obtenidos por

el propio Patronato para ser destinados al combate de la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida y en su caso, realizar la administración de dichos recursos, y

V.- Las demás que sean necesarias para el ejercicio de las anteriores.

ARTICULO 15.- El Patronato estará integrado por un Presidente, un Secretario, un Tesorero y por los Vocales que designe el Consejo entre las personas de reconocida honorabilidad, pertenecientes a los sectores social y privado o de la comunidad en general, las cuales podrán ser propuestas por el Presidente del Consejo. El Coordinador General participará en las reuniones del Patronato.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación.**

SEGUNDO.- Los miembros del Consejo celebrarán sesión plenaria de integración dentro de los sesenta días siguientes a la fecha de publicación de este Decreto.

TERCERO.- El Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida expedirá, dentro de los sesenta días siguientes a la fecha en que se celebre la sesión plenaria de integración, sus bases de organización y funcionamiento.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los diecinueve días del mes de agosto de mil novecientos ochenta y ocho.- **Miguel de la Madrid H.**- Rúbrica.- El Secretario de Programación y Presupuesto, **Pedro Aspe Armella**.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, **Guillermo Soberón Acevedo**.- Rúbrica.

A V I S O S

SIMPOSIO INTERNACIONAL DE COMUNICACION Y EDUCACION SOBRE SIDA IXTAPA, MEXICO 16-20 DE OCTUBRE DE 1988

El Primer Simposio Internacional de Comunicación y Educación sobre el SIDA, organizado por la Secretaría de Salud de México, tiene el propósito de analizar e intercambiar experiencias relacionadas con la prevención del SIDA. El Simposio reunirá a administradores y expertos en planeación de la salud, educadores, especialistas en comunicación educativa, epidemiólogos y personas interesadas en apoyar la investigación sobre el SIDA. Asimismo, asistirán representantes de las Agencias de Salud Nacionales, Internacionales y de Agrupaciones Privadas. Los temas versarán sobre Investigación y Comunicación Educativa en Salud; Planeación Educativa, Diseño de Programas y Materiales Educativos, Investigación de Programas de Comunicación y Educación, así como Evaluación del Impacto de los Medios de Prevención contra el SIDA. El evento se realizará en Ixtapa, México, del 16 al 20 de octubre de 1988.

El Boletín Mensual sobre SIDA es la comunicación oficial de CONASIDA (Comité Nacional de Prevención sobre SIDA), está dirigido al personal médico y paramédico de las diferentes Instituciones con el propósito de informar sobre las características epidemiológicas del comportamiento de la infección por VIH en el país, proporcionar información actualizada sobre aspectos virales, clínico-terapéuticos y preventivos, así como informar sobre las normas, pautas y actividades que se adopten para el control de la epidemia.

Se aceptan contribuciones que traten aspectos epidemiológicos, virológicos, clínicoterapeúticos, educativos, sociales, jurídicos o éticos relacionados con la infección por VIH. Los artículos firmados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la opinión de CONASIDA o de la Institución a que está (n) afiliado (s) el (los) autor (es).

El SIDA se ha adicionado a la lista de enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica y la notificación inmediata de los casos es obligatoria (artículos 134 y 136 de la Ley General de Salud).

La notificación deberá hacerse utilizando los formatos elaborados exclusivamente para SIDA y enviarse a:

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
ANICETO ORTEGA 1321 5o. PISO, COL. DEL VALLE,
DELEG. BENITO JUAREZ, 03100 MEXICO, D.F.
TELEX 1764586 SSDFME TELEFONOS
5-34-78-91 5-24-87-23.

ANICETO ORTEGA 1321 COL. DEL VALLE C.P. 03100
TEL: 5 24 87 23 5 34 78 91